

QUESTIONNAIRE D'ANESTHÉSIE
à remplir par le patient ou ses parents

Nom / Prénom		
Né(e) le		Poids :
Médecin traitant		Taille :

OUI NON (Cochez la case correspondante)

Avez-vous déjà été opéré ?

Avez-vous déjà été anesthésié ?

Complications éventuelles :

.....

Avez-vous connaissance d'accidents d'anesthésie dans votre famille ?

Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?

(sparadrap, iode, latex, médicaments, aliments, autres)

Fumez-vous Si oui, cigarettes par jour

Buvez-vous des boissons alcoolisées Si oui, quoi et combien

Pour les femmes : pourriez-vous être enceinte ?

allaitez-vous ?

Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, veuillez noter ci-contre votre traitement ou apporter une liste à consultation

Médicament	Dosage	matin	midi	soir

Portez-vous des prothèses ?

(soulignez ce qui convient)

- Dentaire mobiles (haut / bas)
- Oculaires / lentilles de contact
- Auditives

Avez-vous ou avez-vous eu une ou plusieurs des maladies ou problèmes suivants ?

	OUI	NON		OUI	NON
infarctus, angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maladie rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essoufflement en montant 2 étages ou couché à plat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hyperthyroïdie ou hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
malaise, perte de connaissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
troubles du rythme, palpitations, pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	accident vasculaire cérébral (attaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maladie d'une valve cardiaque (souffle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	saignement prolongé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	douleurs du dos (lumbago, sciatique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bronchite chronique (toux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apnées du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maladie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ulcère gastrique/hernie hiatale (reflux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	thrombose veineuse profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hépatite, autre infection chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				
				

Veillez-vous munir de vos examens complémentaires (examens de laboratoire, ECG, contrôles cardiaques ou autre) pour la consultation avec le médecin-anesthésiste.

Date : Signature :

Veillez donner ce questionnaire au médecin-anesthésiste le jour de la consultation.